

別記様式

八千代市養育医療に係る子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 八千代市長

申請者 (保護者)	住 所	
	フリガナ 氏 名	
	電話番号	

八千代市養育医療に係る子ども医療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

対象となる子ども	住 所	1 申請者と同住所 2 他の住所 (八千代市)
	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日

同 意 書

年 月 日

(宛先) 八千代市長

住 所 _____

申請者名 _____

養育医療費の支給認定及び八千代市養育医療に係る子ども医療費助成金の交付を受けたいので、下記項目について同意します。

記

1. 養育医療の主管課と子ども医療費の主管課が、交付に必要な個人情報を共有すること。
2. 入院をしている (していた) 指定養育医療機関に必要な情報を確認すること。
3. 世帯構成員の所得状況及び市町村民税の課税状況等について、添付書類の内容を照合すること。